

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 N° 76

---

Travail de l'Institut de Médecine Légale  
de la Faculté de Médecine de Lyon

---

# Etude Médico-Légale de la Forme de l'Hymen et des Procédés d'Examen de cette Membrane

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 18 Décembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Paul CARRÈRE**

*Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie de l'Université de Lyon*

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône) le 13 janvier 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—  
1925



ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE DE LA FORME DE  
L'HYMEN ET DES PROCÉDÉS D'EXAMEN  
DE CETTE MEMBRANE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

Travail de l'Institut de Médecine Légale  
de la Faculté de Médecine de Lyon

---

# Etude Médico-Légale de la Forme de l'Hymen et des Procédés d'Examen de cette Membrane

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 18 Décembre 1925*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**Paul CARRÈRE**

*Diplômé de Médecine Légale et de Psychiatrie de l'Université de Lyon*

*Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

né à MARSEILLE (Bouches-du-Rhône) le 13 janvier 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

---

1925

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                       |                  |
|-----------------------|------------------|
| Doyen honoraire ..... | M. H. HUGOUNENQ. |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE.    |
| Assesseur .....       | M. ROQUE.        |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

## PROFESSEURS

|                                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------|
| Cliniques médicales .....                                 | MM. BARD         |
| Cliniques chirurgicales .....                             | ROQUE            |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....              | TIXIER           |
| Clinique ophtalmologique .....                            | BERARD           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....     | COMMANDEUR       |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....              | ROLLET           |
| Clinique des maladies des enfants .....                   | NICOLAS          |
| Clinique des maladies des femmes .....                    | LEPINE (J.)      |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                   | MOURIQUAND       |
| Clinique des maladies des voies urinales .....            | VILLARD          |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie .....      | LANNOIS          |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....   | ROCHET           |
| Chimie biologique et médicale .....                       | NOVE-JOSSERAND   |
| Chimie organique et Toxicologie .....                     | CLUZET           |
| Matière médicale et Botanique .....                       | HUGOUNENQ        |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....        | MOREL            |
| Anatomie .....                                            | BRETIN           |
| Histologie .....                                          | GUIART           |
| Physiologie .....                                         | LATARJET         |
| Pathologie Interne .....                                  | POLICARD         |
| Pathologie et Thérapeutiques générales .....              | DOYON            |
| Anatomie pathologique .....                               | COLLET           |
| Chirurgie opératoire .....                                | X.               |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..... | PAVIOU           |
| Médecine légale .....                                     | PATEL            |
| Hygiène .....                                             | ARLOING (F.)     |
| Thérapeutique, hydrologie et climatologie .....           | MARTIN (Etienne) |
| Pharmacologie .....                                       | COURMONT (P.)    |
|                                                           | PIC              |
|                                                           | X.               |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                               |            |
|-----------------------------------------------|------------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe ..... | MM. VALLAS |
| — — Propédeutique de gynécologie .....        | CONDAMIN   |
| — — Chimie minérale .....                     | BARRAL     |
| — — Urologie .....                            | GAYET      |

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                      |            |
|------------------------------------------------------|------------|
| Puériculture et hygiène de la première enfance ..... | MM. CHATIN |
| Stomatologie .....                                   | TELLIER    |

## AGREGES

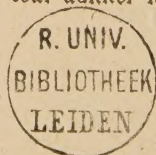
|                   |               |              |                   |
|-------------------|---------------|--------------|-------------------|
| MM.               | MM.           | MM.          | MM.               |
| NOGIER            | COTTE         | CORDIER (V.) | MAZEL             |
| GARIN             | DUROUX        | ROUBIER      | SANTY             |
| SAVY              | TRILLAT       | FAVRE        | DUNET             |
| FROMENT           | SARVONAT      | BONNET       | CHALIER (André)   |
| THEVENOT (Lucien) | FLORENCE (G.) | RHENTER      | CHALIER (Joseph)  |
| PIERY             | ROCHAIX       | LEULIER      | NOEL              |
|                   |               |              | CORDIER (Pierre). |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Etienne MARTIN, président; TAVERNIER, assesseur;  
ROUBIER et MAZEL, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur dois tout. Faible témoignage d'infinie  
reconnaissance et d'affectueuse tendresse.

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON MEILLEUR AMI  
LE DOCTEUR PIERRE DRAVET

En souvenir des longues années d'études au  
cours desquelles il a partagé nos joies comme nos  
tristesses.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE-MARTIN  
*Professeur de Médecine Légale et de Déontologie  
de l'Université de Lyon  
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il nous a inspiré le sujet de ce travail et a bien voulu nous faire le très grand honneur d'en accepter la présidence. Que notre Maître reçoive ici l'expression de notre plus profonde gratitude pour ses précieux conseils et pour la libéralité avec laquelle il a mis à notre disposition les trésors de ses hautes connaissances.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAZEL  
*Chevalier de la Légion d'Honneur*

Pour l'enseignement que nous en avons reçu.  
Il a su nous faire aimer la médecine légale par la clarté de ses leçons si intéressantes et par son accueil toujours bienveillant.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES



# ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE DE LA FORME DE L'HYMEN ET DES PROCÉDÉS D'EXAMEN DE CETTE MEMBRANE

---

## INTRODUCTION

---

Notre dernière année d'études médicales aura présenté pour nous un intérêt tout particulier et les heures que nous avons passées au laboratoire de l'Institut médico-légal de la Faculté de Lyon resteront parmi les plus instructives de notre vie d'étudiant.

Lorsque M. le Professeur ETIENNE-MARTIN nous suggéra le sujet de notre thèse : *L'Etude médico-légale de la forme et des procédés d'examen de l'hymen*, il s'était déjà dans ses cours magistraux, longuement étendu sur cette importante question à laquelle est relié tout le problème médico-légal de la virginité. Ce problème qui de tout temps, a préoccupé l'humanité, est entré véritablement dans le domaine scientifique à la fin du XV<sup>e</sup> siècle ; mais aujourd'hui encore, tout n'est pas élucidé et bien des points sont restés obscurs : L'embryogénie de l'hymen, seul témoin de la défloration, est toujours discutée et les différents auteurs ne s'accordent pas tous sur la forme de la membrane virgine.

L'utilité d'une mise au point de la question n'est pas indifférente. En effet, ce n'est pas seulement la justice qui demande au médecin-légiste, la preuve scientifique de la défloration, dans les affaires d'attentats aux mœurs et de viol ; mais encore, de plus en plus, au privé, en clientèle, l'avis du médecin est sollicité et dans des circonstances diverses. Ce peut être pour une expertise qui doit provoquer en Cour de Rome l'annulation du mariage religieux ; c'est le plus souvent une mère qui a des raisons de soupçonner la conduite de sa fille ; quelquefois aussi un fiancé dont la confiance doit être regagnée par une preuve décisive... Bref, sans vouloir entrer dans le détail de tous ces cas particuliers, il nous suffit de les signaler pour montrer combien peut être embarrassant et délicat le rôle d'expert en pareille matière.

Au cours de publications récentes (*Annales de Médecine légale*, 1924, page 433. — *Journal de médecine de Lyon*, 20 novembre 1925 : Le problème médico-légal de la virginité), le professeur ETIENNE-MARTIN avait montré que les divergences dans l'interprétation des hymens tenaient à des techniques d'examen différentes. Et il rapportait, dans un cas personnel d'expertise où il avait été appelé à trancher en dernier ressort, comment le même hymen, vu par un médecin et trois experts, avait été considéré comme vierge par le premier et d'un aspect tout différent par les derniers. La nécessité d'une méthode d'examen bien réglée et qui soit toujours la même, s'impose donc. On pourra ainsi établir, d'après l'anatomie et la physiologie même de l'hymen, sa forme habituelle, puisque les

résultats des observations seront comparables. Cette méthode rigoureuse qu'il applique et qu'il nous a apprise, lui a permis de faire des constatations intéressantes et qui éclairent d'un jour nouveau la question la multiplicité des formes de l'hymen. Le développement de ces deux notions : 1° de la nécessité d'un examen méthodique ; 2° de l'existence d'une forme habituelle de l'hymen avec des particularités distinctives et individuelles, vont constituer le fond de notre travail. Elles sont sur ce sujet, le résultat de la grande expérience et de la haute autorité scientifique de notre maître. L'étude médico-légale de l'hymen en sera, semble-t-il, beaucoup simplifiée.

Que le professeur ETIENNE-MARTIN soit assuré de notre profonde gratitude pour la confiance qu'il nous a faite en nous proposant comme sujet de notre travail inaugural, une question qui avait à coup sûr toutes ses préférences : Trop heureux si nous avons su mettre dans ces pages un peu des idées nouvelles suggérées par lui et qu'il voudrait y retrouver.

---



## CHAPITRE PREMIER

---

### Historique

---

« Et vestes Tyrio sanguine fulgidas  
« Alter virgineus nobilitet cruor,  
« Tunc victor madido prosiliat thoro  
« Nocturni referens vulnera prælii. »  
(CLAUDIEN).

A vouloir écrire un exposé complet sur ce qui se rapporte à l'histoire de l'hymen et à la question de la virginité, qui lui est liée d'une manière intime, on risquerait fort d'entreprendre une longue étude, tant les faits et les documents abondent en la matière. Cependant l'importance sociale de cette question, ce que le Comte de Maistre a appelé : « l'influence traditionnelle des vierges », est telle que nous sommes obligés, au début de ce travail, de mettre en lumière les faits les plus saillants et qui dominent l'histoire de cette membrane.

Le mot hymen, du grec γυνή, membrane, paraît être d'une étymologie obscure et tout au moins discutée, soit que l'on pense comme DIEMERBROEK que ce nom lui a été donné par les Grecs comme à la plus no-

ble des membranes, soit encore, comme le dit le théologien BALTHAZAR, qu'il perpétue l'action de ce jeune et généreux Athénien *Hyménæus*, d'une beauté telle qu'on pouvait le prendre pour une femme.

Selon une opinion universellement admise, les premiers rapports sont nécessairement très douloureux pour la femme et ils ne sauraient avoir lieu sans effusion de sang. Ce préjugé qui, à notre époque, fait tant de malheureux et, disons-le aussi, tant de dupes, remonte à la plus haute antiquité. Chez beaucoup de peuples le législateur lui a même prêté l'appui de son autorité et lui a donné une consécration officielle.

Chez les Hébreux (*Deutéronome, ch. 22, verset 13 et suiv.*) la loi Mosaique condamnait à être lapidée, toute femme sur les vêtements de laquelle le premier coït n'avait pas laissé de traces sanglantes. Aux différentes périodes de l'histoire, les peuples musulmans ont également considéré comme une preuve certaine de la défloration l'écoulement de sang à la suite du premier coït et, chez eux, la jeune épouse qui ne pouvait fournir cette preuve était chassée honteusement. Au XVI<sup>e</sup> siècle encore on trouve cette coutume dans les royaumes de Fez et du Maroc, dans ceux de Tunis et d'Alger.

A Rome, les signes sanglants de la virginité étaient également recherchés avec empressement, mais ils n'étaient pas exigés par la loi pour que le mariage fut valable. Il en était de même, au XVI<sup>e</sup> siècle, dans diverses régions de l'Espagne et de l'Italie.

A l'époque actuelle, beaucoup de peuples attachent encore une grande valeur au linge ensanglanté du

Deutéronome que l'époux ou les parents de la mariée montrent triomphalement au cercle des invités. Lorsque cette exposition peut avoir lieu, la joie est grande à la maison ; mais malheur à la femme qui ne peut donner pareille satisfaction, son mari lui fera cruellement expier cette injure. Point n'est besoin d'aller en Nubie ou en Egypte, pour trouver de semblables coutumes, on peut les observer dans plusieurs contrées de la Russie. (Pallas, P.S. *Reise durch versch. Provinzen des Russischen Reichs*) et même à Naples, où la « camisa d'ell'onore » serait, au témoignage de Mayer *Neapel und die Neapolitaner*), montrée aux amis. La première nuit de noces a donc été de tout temps une véritable épreuve pour la vertu de la jeune épouse. Mais, quelle que fut la valeur prêtée au critérium mosaïque, il est bien évident qu'il était insuffisant. Comment, par exemple, la vestale accusée d'avoir manqué à ses serments pouvait-elle se disculper ? Nous voyons apparaître ici le merveilleux. A toutes les époques de foi vive et d'enthousiasme religieux, la divinité est intervenue pour protéger contre d'injustes accusations les filles restées vertueuses. Mais, on le comprendra, nous ne pouvons suivre les récits des poètes et les légendes sacrées dans de tels développements, redire avec eux tous les faits miraculeux par lesquels s'est manifestée l'intervention divine.

Cet élément merveilleux, que nous ne faisons qu'indiquer, a joué un grand rôle dans les différentes superstitions populaires, au sujet des signes de la virginité. Tous ces signes, et leur nombre est grand, peuvent, en effet, si l'on regarde les choses d'un peu haut,

être tous ramenés à cette idée mère que le premier coït doit fatalement bouleverser l'organisme entier de la jeune fille, et lui imprimer des modifications profondes. Le jour où, suivant l'expression favorite des anciens, la jeune fille était « faite femme », un changement complet se produisait en elle : à partir de ce moment, les abeilles ne la respectaient plus, la piqure du scorpion lui était mortelle, une foule de plantes et de substances diverses n'avaient plus sur elle la même action qu'autrefois ; ses urines prenaient une couleur plus foncée, la voix devenait rauque, les seins se gonflaient de lait, les ailes de son nez devenaient flasques et molles, etc., etc.

Parmi tous ces phénomènes par lesquels se révélaient les modifications profondes survenues dans l'organisme, il en est un, fameux entre tous, dont la popularité a traversé les âges : nous voulons parler de l'augmentation de volume du cou. Les moyens de le constater ont pu varier, mais non la confiance que l'on avait en lui.

Les matrones romaines mesuraient soigneusement avec un fil le pourtour du cou au moment où la jeune épouse allait entrer dans le lit nuptial. Le lendemain, le fil de la veille devait se trouver insuffisant. DEVAUX (*l'Art de faire des rapports en chirurgie*, 1746) rapporte enfin que : « Suivant SÉVERIN PINEAU, une fille est vierge, quand un fil que l'on a tendu depuis l'extrémité du nez jusqu'à la fin de la suture sagittale du côté qu'elle se joint avec la lambdoïde, peut ensuite entourer son cou. »

C'est dans les dernières années du XV<sup>e</sup> siècle que

la question des signes de la virginité entre véritablement dans la voie scientifique, sous l'influence du magnifique essor que prennent les différentes branches du savoir humain, à la suite de la découverte de l'imprimerie. Tandis que les théologiens et les philosophes s'efforcent de définir la virginité, d'établir par exemple si la jeune fille qui a reçu la visite de l'incube est encore vierge, anatomistes et médecins, délaissant ces vaines chicanes, sont unanimes à rechercher dans les voies génitales, un signe qui leur permettra de discerner la femme restée « *virgo intacta* » de celle qui aura eu des rapports sexuels. Certes, à d'autres époques, cette voie sanglante que si fréquemment le phallus est obligé de se frayer lors des premiers rapports sexuels, avait intrigué les esprits, et plus d'un auteur, même parmi les simples lettrés, avait pensé à une sorte de cercle charnu ou membraneux, riche en vaisseaux, que le premier coït viendrait rompre. C'est ainsi que d'après AMBROISE PARÉ, AVICENNE dit « qu'au col de la matrice, il y a un tissu de veines, artères et filaments nerveux très subtils, qui procèdent de toutes les parties d'iceluy col, lesquelles sont rompues au premier coït vénérique, dont souvent le sang en sort ».

Mais le plus souvent ce ne fut là qu'une simple hypothèse, que l'examen direct vint bien rarement contrôler.

Nous ne parlerons pas d'HIPPOCRATE, d'ARISTOTE, de CELSE dans cet historique, car leurs œuvres ne font nullement mention de l'hymen, quoiqu'en ait dit ROZE. Les passages de ces auteurs qu'il a cités se rapportent tous à des cas d'occlusion du vagin. Au XVI<sup>e</sup> siècle, au

contraire, tous les médecins traitent de fables les différents signes de la virginité auxquels les plus grands esprits avaient cru jusque-là. Ils montrent toute l'incertitude de l'épreuve Mosaïque et ils s'efforcent de trouver dans des constatations anatomiques le critérium tant cherché. Ce critérium, beaucoup l'ont trouvé dans une membrane spéciale que le pénis rompait en pénétrant dans le vagin, tandis que d'autres ont dit ne l'avoir jamais vue.

On a signalé bien souvent le désaccord des anatomistes au sujet de l'existence de cette fameuse membrane, désaccord qui persista pendant trois siècles. Tous les auteurs modernes, qui se sont occupés de l'hymen, ont dressé la liste de ceux qui admettaient l'existence de la membrane virginale et la liste de ceux qui la révoquaient en doute. Tous ont cherché à se rendre compte de ces divergences d'opinion sur un point qui, maintenant, ne souffre plus la discussion.

Il faut arriver à RUYSCH et à ETTMÜLLER, en 1691, pour trouver une représentation et une description vraiment nette et exacte de l'hymen. AMBROISE PARÉ (1510-1590) n'admet que l'existence de l'hymen membraneux empêchant le coït et trouvé exceptionnellement. VÉSALE, FALLOPE, MASSA, VIER, RIOLAN, PINEAU, BARTHOLIN, WINSLOW, au contraire, s'attachent à montrer sa présence constante. BUFFON ne l'a jamais trouvé dans ses dissections, tandis que CUVIER l'a décrit, d'une manière exacte chez la femme et les animaux (singe, chien, chat, jument, ânesse).

MORGANI (1719) fait une distinction entre l'hymen proprement dit et les caroncules myrtiformes qui se-

raient l'extrémité des colonnes du vagin. DIONIS (1740) n'admet que les caroncules et décrit une technique opératoire pour les séparer lorsqu'elles sont reliées par une membrane. L'expression de *caroncules myrtiformes* a eu des fortunes diverses. Après avoir défini, chez les anciens auteurs, l'extrémité des colonnes du vagin ou bien même la seule représentation de l'hymen à l'orifice vaginal, elle désigne aujourd'hui, et bien mal (car ces caroncules n'ont le plus souvent rien de myrtiformes), les fragments de l'hymen déchiré par le coït, ou ses restes après l'accouchement.

La présence constante de l'hymen n'est plus aujourd'hui discutée : C. DEVILLIERS a observé l'hymen 150 fois dans 150 examens, ORFILA 200 fois et TARDIEU, qui s'est tout particulièrement attaché à cette étude, a procédé à plus de 600 examens au cours desquels il l'a toujours trouvé. Les cas, rarement signalés d'ailleurs, d'absence complète de l'hymen, comme on peut en voir un rapporté par TOULMOUCHE et un autre par ROZE, s'ils sont dignes de foi et si les auteurs ont bien vu, doivent être considérés comme de véritables anomalies. Les discussions, qui existent aujourd'hui encore au sujet de l'hymen, portent sur d'autres points que son existence et sa constance : l'embryogénie de cette membrane n'est pas la même pour tous les auteurs ; la multiplicité de ses aspects aux yeux des observateurs entraîne des divergences de vue sur la forme et c'est tout particulièrement à ce dernier point que notre travail aura voulu apporter sa contribution.

---



## CHAPITRE II

---

### Embryogénie de l'hymen

---

Si l'existence et la constance de l'hymen sont aujourd'hui admises par tous, son origine embryologique est encore très discutée.

MECKEL, au XVIII<sup>e</sup> siècle, parle pour la première fois de l'hymen chez l'embryon. Dans la suite, OSLANDER, DEVILLIERS, BISCHOFF, BLANDIN décrivent son mode de formation ; cependant DUGÉS, BOIVIN et SCANZONI nient sa présence chez le fœtus.

Sans rappeler ici toutes les théories et discuter les raisons sur lesquelles étaient basées ces divergences d'opinion, nous exposerons brièvement l'état actuel de la question.

L'apparition de l'hymen pendant la vie fœtale est tardive : c'est seulement à la dix-neuvième semaine qu'on peut le voir se développer à la partie inférieure du canal vaginal. Ce canal est formé en haut, par la fusion des conduits de MÜLLER et en bas, par le sinus urogénital. L'hymen se présente alors sous la forme

de deux bourgeons linéaires, s'avancant vers la ligne médiane jusqu'à se rencontrer.

Deux théories expliquent son mode de formation et toutes les opinions émises à ce sujet peuvent se ramener à l'une ou à l'autre.

Dans la première, les auteurs font de l'hymen une dépendance du vagin. BUDIN qui, en 1879, développe les idées déjà exprimées par LEDRU, DE BOZE, TOURNEUX, WERTHEIMER, montre que : « l'hymen en tant que membrane propre, spéciale, distincte, indépendante n'existe pas ». Pour lui, le vagin est en somme un doigt de gant avec une perforation circulaire à son extrémité ; l'extrémité de ce doigt de gant, venant s'insinuer et sortir entre les petites lèvres, constitue ce qu'on appelle l'hymen. Il invoque, à l'appui de cette manière de voir, la dissection, l'étude histologique du vagin, la prolongation des colonnes et des brides vaginales sur l'hymen, qui prouveraient surabondamment l'unité anatomique et embryogénique du conduit vagino-hyménéal. Cette conception de l'hymen, dépendance du canal vaginal, ou plutôt extrémité du vagin, a été reprise en 1883 par IMBERT de Lyon.

Dans la deuxième théorie, l'hymen est considéré comme un organe spécial, distinct du vagin quant à sa formation embryologique. C'est du sinus uro-génital, du feuillet externe du blastoderme que dériverait la membrane virginal. Elle serait donc un organe d'origine ectodermique au même titre que la vulve. S. Pozzi, en 1884, dans une communication à la *Société de Biologie*, sur deux cas tératologiques, semble avoir apporté des arguments décisifs. Dans un pre-

mier cas il constatait, chez une jeune fille, l'absence de vagin avec présence d'un hymen parfaitement conformé, dont le développement avait suivi celui de la vulve. Dans l'autre cas : un pseudo-hermaphrodisme mâle, l'hymen, après avoir formé un anneau complet autour de l'orifice vulvaire, se continuait avec deux bandelettes charnues qui allaient entourer le méat urinaire. Il semblerait donc établi que l'hymen est une formation distincte du vagin, représentant chez la femme l'homologue du corps spongieux de l'urètre masculin (LUCIEN et PARISOT).

Ainsi, pour les uns, simple dépendance d'un canal continu, vagino-hyménéal, l'hymen serait pour d'autres une formation spéciale née du sinus uro-génital, du feuillet externe du blastoderme.

Au point de vue médico-légal, il suffira de retenir que l'hymen est une formation rudimentaire des organes vestigiaux, sans signification précise ; d'où, la variabilité très grande de ses caractères, de sa consistance et de sa structure même.

---



### CHAPITRE III

---

## **Considérations anatomiques générales sur l'hymen**

---

Avant d'aborder l'étude proprement dite de la forme de l'hymen, il nous paraît utile de rappeler brièvement quelques notions anatomiques générales, importantes pour l'étude médico-légale de cette membrane.

Chez l'enfant, l'hymen est très facile à découvrir, et la formation encore peu marquée des grandes et des petites lèvres permet de l'apercevoir dès que les cuisses sont suffisamment écartées. A la puberté, les organes génitaux externes prennent un développement plus grand et l'hymen, devenu plus profond, est moins facile à rechercher et à examiner.

Sur des coupes anatomiques congelées, le vagin forme une cavité virtuelle à l'extrémité inférieure de laquelle se trouve l'hymen. L'insertion de l'hymen sur l'anneau vaginal sert de ligne de démarcation entre la région vulvaire et le vagin.

L'hymen présente normalement un orifice. Cet orifice a un diamètre variable, suivant la forme même de la membrane virginal, la vie sexuelle et l'âge de la femme. A la puberté, on peut d'une manière générale y introduire l'extrémité du petit doigt.

La face vulvaire ou inférieure de l'hymen est lisse et de même couleur que la vulve, rose pâle ; la face vaginale, au contraire, d'une teinte plus vive, présente le plus souvent des plis verruqueux qui semblent continuer les colonnes du vagin. La fosse naviculaire est située immédiatement en bas et en avant de l'hymen. Les petites lèvres prennent naissance de chaque côté, en avant de ses points d'implantation sur l'orifice vaginal. On trouve dans la littérature des cas, rapportant des anomalies de situation de l'hymen, qui se serait trouvé soit plus haut, soit plus bas que l'orifice même du vagin.

La consistance de l'hymen est d'une très grande variabilité : dans tous les auteurs, on peut voir des observations où sa texture se trouve être depuis la plus ténue, la plus délicate, jusqu'à la plus épaisse, voire même cartilagineuse (TAYLOR). On peut distinguer ses diverses consistances en : pelliculaire, membraneuse, charnue. L'hymen est d'ailleurs renforcé par les colonnes du vagin et en particulier par la postérieure. Cette colonne, comme nous le verrons au chapitre suivant, se divise souvent en deux piliers, bien visibles sur la portion vestibulaire de l'hymen.

L'ouverture hyménéale, petite, moyenne ou grande suivant les cas, présente elle aussi un degré de dilatabilité très variable, comme tous les caractères de

l'hymen. A côté de membranes très vulnérables parce que trop minces, ou inextensibles parce que trop résistantes, il en est de largement dilatables. L'étude de cette dilatabilité est très importante au point de vue médico-légal : ce sont les cas, exceptionnels d'ailleurs, de coït sans défloration.

L'examen microscopique montre que l'hymen est formé d'une lame conjonctive revêtue de muqueuse. Cette membrane est très vascularisée chez le fœtus et le nouveau-né ; chez l'adulte, les éléments vasculaires existent très réduits, excepté dans les cas d'hymens charnus. La richesse ou le défaut de la vascularisation expliquent l'importance ou l'absence de l'hémorragie au moment de la rupture. Nous ne parlerons pas de l'innervation de l'hymen : LEDRU et ROZE n'y ont pas trouvé de filets nerveux et la douleur au premier coït ne saurait être, d'après ROZE invoquée comme une preuve de l'existence de terminaisons nerveuses dans l'épaisseur même de la membrane.

---



## CHAPITRE IV

---

### **La question de la forme et des particularités de l'hymen**

---

L'étude morphologique de l'hymen est une question complexe, et la difficulté est grande lorsqu'on veut essayer de donner une classification des hymens d'après leurs formes. ROZE distingue les hymens d'après le nombre ou l'absence de perforations. Cette manière de voir, qui a l'avantage apparent de la simplicité, ne donne pas une idée suffisamment précise de la réalité. A vouloir mettre, par exemple, sur un même plan l'hymen annulaire et l'hymen cribriforme, on risque de se faire une opinion fausse sur la fréquence très différente de ces deux formes. Il faut donc envisager la question d'un point de vue plus en rapport avec les faits cliniques.

Nous allons essayer d'établir comment, à côté d'*anomalies* très rares, il existe une *forme habituelle* de l'hymen.

Nous étudierons ensuite les *particularités* qui différencient les hymens les uns des autres.

### A. — **Forme habituelle de l'hymen**

L'hymen est constitué par une collerette bordant l'entrée du vagin, entourant l'orifice hyménéal, limité à sa périphérie par le sillon vestibulaire. Le canal vaginal peut être comparé à un entonnoir dont la partie supérieure évasée reçoit le col utérin et dont l'extrémité inférieure rétrécie se termine par l'hymen formant un véritable diaphragme. Pour établir les bases d'une étude médico-légale précise de la forme de l'hymen mieux vaut, semble-t-il, laissant de côté les diverses hypothèses embryologiques, s'adresser à l'anatomie et à la physiologie. L'hymen a en effet une physiologie : son rôle est de fermer le conduit vaginal; d'éviter peut-être les contaminations pendant toute la période du développement des organes génitaux jusqu'au moment de la puberté où les menstrues distendent l'orifice hyménéal, et jusqu'au premier coït qui le rompt. Il y a un aspect plissé de l'hymen comme obturateur, lorsque le vagin n'est pas distendu, et un aspect déplié, lorsque la cavité vaginale est distendue, l'hymen étant décollé par l'air introduit derrière la collerette. Un examen bien conduit devra toujours envisager ces deux cas de *l'hymen plissé* et de *l'hymen tendu*. Ainsi l'aspect de la membrane virgine varie suivant le développement des organes génitaux, la vie sexuelle de la personne examinée et aussi les procédés d'exploration employés pour l'examiner. C'est cette dernière raison surtout qui crée la discordance dans

les statistiques des formes de l'hymen observées par les différents auteurs.

TARDIEU, TOURDES, BROUARDEL, LUCIEN et PARISOT admettent la prédominance de la forme labiée ; pour les derniers même, ce serait la forme « idéale et primitive » de l'hymen : Sur 50 examens, LUCIEN et PARISOT ont vu 17 *hymens labiés*, 11 *semi-lunaires* et 7 *hymens annulaires* seulement. La statistique de notre maître, le professeur ETIENNE-MARTIN, portant sur un même nombre de cas environ, comprend au contraire 29 *hymens annulaires*, 7 *semi-lunaires* contre 3 *cas seulement d'hymens labiés*. D'où vient le désaccord ? Il est fort probable qu'à côté de techniques d'examen différentes, on ne s'entend pas sur les termes et tel porte le diagnostic d'hymen labié là où un autre dirait : hymen annulaire. Cette confusion ne devrait pas exister et il faut définir l'hymen labié de la manière suivante : c'est l'hymen présentant un orifice qui demeure linéaire lorsque la membrane est tendue. La nécessité de cette condition explique le nombre réduit de ces sortes d'hymens dans la statistique du professeur ETIENNE-MARTIN. Pour JAYLE, les hymens labiés, tels que nous les avons définis, doivent entrer dans le cadre des hymens membraniformes.

Ainsi il faut considérer l'*hymen annulaire* comme la *forme habituelle* de l'hymen, celle que le médecin légiste doit rétablir pour étudier avec précision sa disposition et ses particularités. La *forme en croissant* encore appelée *semi-lunaire*, *falciforme*, diffère de la précédente par le fait que la portion urétrale faisant défaut, ou étant très peu marquée, la collerette est pure-

ment vestibulaire et latérale. En somme, d'aspect labié lorsqu'il est plissé, mais en réalité annulaire ou semi-lunaire lorsqu'il est tendu, telles sont les formes habituelles de l'hymen, l'hymen normal peut-on dire.

---

### B. — Particularités qui individualisent l'hymen.

La forme normale établie, restent à définir ce que nous appelons les *particularités de l'hymen* : Ce sont des détails morphologiques qui donnent à cette membrane son caractère particulier, individuel ; la forme essentielle restant la même. Quelle est alors l'origine de ces particularités ?

L'hymen est une formation conjonctive de nature ectodermique qui va respecter les lois suivies par tous les organes ectodermiques. Et, de même que chaque personne a des empreintes digitales, des particularités du modelage et de la forme des oreilles, des lèvres, des paupières, du nez qui permettent d'établir son identité par le système du portrait parlé de Bertillon, de même chaque femme a un hymen dont les particularités diffèrent par leur nombre et par leur position. Ainsi, tout comme les autres organes ectodermiques, l'hymen obéit à cette règle de la *différenciation des détails* pendant son développement. Ce principe, que notre maître le professeur ETIENNE-MARTIN s'est attaché à établir, permet de comprendre pour-

quoi l'on peut dire que *chaque femme possède une forme d'hymen qui lui est propre*, distincte de toutes les autres par ses particularités.

Cette notion de la forme habituelle de l'hymen, d'une part, et de ses particularités distinctives et individuelles d'autre part, simplifie beaucoup, croyons-nous la question de la multiplicité morphologique des hymens.

Les particularités de la collerette hyménéale devront être recherchées méthodiquement dans les trois parties de l'hymen dont la disposition est variable suivant le développement :

- 1° *Dans la région urétrale ;*
- 2° *Dans les régions latérales ;*
- 3° *Dans la région vestibulaire.*

1° *Dans la région urétrale* l'hymen forme le plus souvent une membrane complétant l'anneau hyménéal (*hymen annulaire*) et cette membrane présente parfois des dents, des franges ou des encoches. Dans quelques cas l'hymen urétral présente, comme nous l'avons déjà vu, un développement nul, il est comme absent (*hymen en croissant, semi-lunaire*). Enfin l'hymen peut exister sous la forme d'une languette plongeant dans l'orifice hyménéal (*hymen à languette*) et quelquefois rejoignant la collerette dans sa partie inférieure vestibulaire (*hymen en pont*). Dans ce dernier cas, on a à faire à une de ses formes de transition entre l'hymen habituel annulaire et l'anomalie de l'hymen membraneux à double perforation.

2° Dans ses *parties latérales verticales*, la collerette hyménéale peut être régulière à bords nets, avec un développement égal des deux côtés ; ou bien l'une des parties latérales, plus souvent la gauche, est plus grande et recouvre partiellement celle du côté opposé. Les bords, au lieu d'être absolument réguliers et nets peuvent présenter des particularités telles que des incisures, des dents, des encoches, formant des lobes ou des franges (*hymens multilobés*). Ces franges et ces lobes, n'ont rien de traumatique ; c'est une disposition morphologique, une particularité. Les incisures congénitales siègeraient, d'après HOFFMANN, d'une manière élective à l'union des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur de la collerette latérale. Presque toujours symétriques, elles ne s'étendent jamais jusqu'à la paroi vaginale. Ce dernier caractère présente un grand intérêt pour le diagnostic différentiel de la défloration.

3° L'*hymen vestibulaire*, qui limite en arrière le vestibule du vagin, est en général la partie la plus développée. C'est aussi sur elle que portent les traumatismes et les déchirures. Cette portion de la collerette hyménéale est le plus souvent soutenue par un pilier du vagin. Ce pilier peut, au lieu d'être unique, se doubler et l'on a ainsi dans la partie intermédiaire une région de l'hymen moins résistante et particulièrement vulnérable. La portion vestibulaire qui mesure généralement de trois à cinq millimètres en hauteur chez la vierge, peut-être plus ou moins haute. De consistance variable, charnue, membraneuse ou pellicu-

leuse, elle présente une résistance plus ou moins grande, selon la dilatibilité de l'orifice hyménéal. Il est des cas où cette portion est réduite à une étroite collerette à peine marquée sur la paroi inférieure du vagin. Le bord peut être net, quelquefois encoché, comme dans les parties latérales de la collerette ; enfin une languette peut s'en détacher, qui va rejoindre la portion urétrale et former bride, ou bien encore demeurer libre et s'éverser en dehors ou en dedans.

Toutes ces particularités des hymens que nous venons de voir ne sont pas des anomalies, ce sont des différenciations de détail qui surviennent au cours du développement.

A côté de ces *particularités congénitales*, il en est d'*acquises* et d'origine traumatique. Le traumatisme est tantôt physiologique : après les rapports sexuels, l'accouchement ; tantôt accidentel : comme dans les cas très rares de chute sur le bassin ou d'empalement par exemple.

Les particularités acquises constituent les signes de la défloration. Le diagnostic différentiel entre particularités acquises et particularités congénitales est loin d'être toujours facile. Quant à la différence entre les lésions produites par le traumatisme physiologique et le traumatisme accidentel, leur origine est le plus souvent impossible à établir par le simple examen de l'hymen. Nous reviendrons d'ailleurs sur tous ces points dans notre dernier chapitre.

---

### C. — Anomalies

Les véritables hymens anormaux sont rares, et c'est à peine si, avec un examen méthodique et bien réglé, on les rencontre dans la proportion de un à deux pour cent (P<sup>r</sup> ETIENNE-MARTIN). Autant sont nombreuses les particularités de l'hymen, autant sont exceptionnelles les anomalies. Les premières tiennent, comme nous l'avons vu, au développement normal de l'hymen, tandis que les dernières résultent d'un trouble même de ce développement. L'hymen anormal ne se présente pas sous la forme d'une collerette : c'est le plus souvent une membrane. Lorsque les organes génitaux sont au repos, la plicature de cette membrane suivant le diamètre longitudinal peut donner à ces hymens l'aspect dit « *en carène* ». Certaines de ces formes ne présentent pas d'orifice. C'est dans ce cas qu'on a pu voir à la puberté la rétention des règles créer un hémocolpos pour lequel le chirurgien est obligé d'intervenir. Ces types d'hymens *imperforés* sont exceptionnels : le docteur PUECH les signale une fois seulement sur 25.000 hymens examinés à la naissance. D'autres fois, la membrane est perforée, mais l'orifice est plus ou moins réduit. A côté de ces hymens *imperforés*, il en est à *double* ou à *triple perforation*. Lorsque la membrane est traversée d'un nombre plus ou moins grand de petits pertuis, l'hymen est dit *cribriforme*. — L'hymen labié, comme nous l'avons défini, doit être rangé dans cette classe d'hymens membraniformes. Le pourtour des orifices hyménéaux (uniques, multiples, linéaires) peut être net ou plus

ou moins découpé : on peut voir des incisures, des dents et des lobes. Dans toute cette catégorie d'hymens membraniformes le coït est le plus souvent impossible et tout dépend de la dilatabilité de la membrane. On a cependant signalé des cas où, avec une perforation unique et punctiforme, la fécondation avait pu se produire.

L'*hymen en corolle*, à grands lobes, dont les lambeaux se recouvrant mutuellement les uns les autres, cachent l'ouverture et rappellent l'aspect d'une corolle de fleur, doit, lui aussi, être considéré comme une anomalie relativement rare.

Mais l'anomalie la plus grande, véritable monstruosité relevant de la tératologie, est représentée par les cas d'*absence de l'hymen*. Nous parlons des cas d'absence d'origine congénitale par manque de développement, mis à part l'absence pathologique qui n'offre guère d'intérêt au point de vue médico-légal. Des observations d'absence complète de l'hymen par arrêt du développement sont rapportées par certains auteurs (ROZE, TOULMOUCHE, GARIMOND, MASCHKA), elles ne sont pas toujours indiscutables.

---

#### D. — Formes de transition

Nous voulons signaler simplement dans ce paragraphe l'existence de certains hymens dont la morphologie tient à la fois de l'hymen normal et de l'anomalie : l'orifice hyménéal est normal, la collerette existe, mais

une languette s'étend de la portion urétrale à la partie postérieure de l'hymen (quelque fois elle a une disposition transversale). Ce sont les *hymens bifenêtrés* (*hymens en pont*), normaux par la forme de la collette, ils sont anormaux par la présence de cette bride hyméno-hyménéale qui les rapproche des hymens membraneux. Dans quelques cas des brides peuvent exister, et alors souvent très résistantes, qui s'étendent d'une portion quelconque de l'hymen pour aller s'insérer quelque part sur le vagin. Dans un dernier groupe enfin nous ferons entrer des hymens membraneux, mais dont l'ouverture est cependant plus grande que dans le cas des anomalies. Toutes ces formes de transition, rarement observées d'ailleurs, permettent le plus souvent le coït et la fécondation.

\*  
\* \*

*En résumé*, des études précédentes, il résulte qu'il existe une *forme d'hymen habituelle*, rencontrée le plus souvent. Cette forme comporte des *particularités morphologiques* et ces particularités diffèrent tellement d'un sujet à l'autre qu'elles sont rigoureusement personnelles, spécifiques : *chaque femme possède une forme d'hymen qui lui est propre*. A côté de cette forme habituelle de l'hymen, normal, il existe des *hymens anormaux*, des monstruosité à vrai dire, dont la *rareté est très grande*.

---

## CHAPITRE V

---

### La technique de l'examen de l'hymen

---

L'examen de l'hymen n'est pas exposé par tous les auteurs d'une manière complète et il est nécessaire de donner sur ce point, dont l'importance médico-légale est très grande, quelques précisions. Étudié par des observateurs différents, l'hymen ne se présente pas à tous sous le même aspect : véritable protée, la forme labiée est la plus fréquente pour certains, tandis que pour d'autres l'annulaire est la forme habituelle. Ces divergences dans les statistiques sont dues à deux causes : 1° On ne s'entend pas sur les termes ; 2° On pratique l'examen d'une manière différente.

En ce qui concerne la première cause, nous avons vu comment il fallait définir l'hymen labié. Quant à la deuxième elle implique la nécessité d'un examen méthodique, et toujours le même pour tous, de l'hymen. En effet : de forme annulaire pour celui qui aura bien conduit son examen, l'hymen pourra paraître labié par plissement aux yeux de l'observateur qui

n'aura pas suffisamment écarté les grandes lèvres. Les divergences des conclusions résultent ainsi de l'emploi de techniques différentes d'examen. Ici est donc vraie, plus que jamais, cette grande loi de la méthode expérimentale qui veut que, pour avoir des résultats d'observations comparables, les observateurs se placent dans des conditions d'examen rigoureusement identiques. Dans de récentes publications (*Annales de Médecine Légale*, 1924, page 433 et *Journal de Médecine de Lyon*, 20 novembre 1925 : le problème médico-légal de la virginité), le professeur ETIENNE-MARTIN, après en avoir montré toute la nécessité, a exposé d'une manière précise et complète comment il fallait conduire un examen méthodique de l'hymen.

Il faut une table ou mieux un fauteuil gynécologique pour examiner l'hymen ; un éclairage suffisant et bien réglé. Le sujet placé dans la position gynécologique sera légèrement incliné, de telle façon que le bassin soit plus élevé que la tête (on placera au besoin un coussin un peu épais et dur sous le siège). Un aide est nécessaire pour maintenir les cuisses dans leur écartement maximum. Le médecin devra être assis sur un tabouret de manière à ce que son regard soit au niveau de la région vulvaire. Il doit être pourvu d'une sonde cannelée, d'une sonde urétrale de femme, de compresses stérilisées, de savon liquide, d'agitateurs en verre et d'une petite cuvette pour faire au besoin des prélèvements sur les muqueuses à examiner.

Procéder alors à l'examen de l'hymen par simple écartement des lèvres. Noter la forme et la consistance

des grandes lèvres, la disposition des petites lèvres, l'état du vestibule et de la fourchette. Examiner ensuite la *position* de l'hymen. Souvent il est tendu comme un rideau disposé perpendiculairement à l'axe du vagin ; ou bien encore la membrane est éversée et plissée au devant de l'orifice vaginal formant comme un système de lèvres supplémentaires (*hymens en carène*, pour certains). Dans quelques cas la collerette hyménéale peut être renversée et accolée en arrière à la paroi vaginale. On est alors obligé pour relever l'hymen et l'examiner en position favorable, de se servir d'une sonde cannelée ou d'une sonde urétrale introduite dans le vagin par l'orifice hyménéal.

Dans un deuxième temps, on saisira les grandes lèvres entre les extrémités des deux mains et on les attirera en avant lentement, sans faire souffrir la patiente et sans provoquer de réflexe qui gênerait l'examen. Cette manœuvre fait pénétrer de l'air dans la cavité vaginale et détache l'hymen qui se distend. On peut alors observer correctement et décrire la *forme* de l'hymen qui est habituellement, comme nous l'avons montré, annulaire. La *hauteur* de la portion vestibulaire qui est suivant les cas : petite, moyenne ou grande, sera aussi, bien mise en évidence.

Libérer ensuite la main droite, en priant l'aide de faire la manœuvre qu'elle opérait. On pourra se rendre compte alors de la *consistance* de l'hymen : il en existe de charnus qui sont très vascularisés et souvent dilatables ; d'autres, ainsi tendus, ont la transparence d'une pellicule ; enfin il y en a d'intermédiaires, entre le charnu et le pelliculeux, ce sont les hymens mem-

braneux. Après la consistance, il faudra examiner l'orifice même de l'hymen. Pour cela, on y introduit l'extrémité de l'index enduit d'un peu de savon liquide. L'ouverture de l'orifice hyménéal est petite, moyenne ou grande, suivant que l'opérateur peut y introduire l'extrémité de l'index, de l'auriculaire seulement, ou, que toute introduction est impossible. La même manœuvre permet de se rendre compte de *l'état de dilatabilité* de la collerette hyménéale. Un hymen dilatable laisse facilement pénétrer l'index ou même deux doigts. Une autre manœuvre, qui fait apparaître admirablement l'hymen dilatable, consiste, lorsque l'hymen est déplissé par le procédé que nous venons d'indiquer, à prier la patiente de pousser comme pour aller à la selle. Sous l'influence des mouvements du périnée l'hymen se distend, son orifice s'élargit et s'ouvre sous l'œil de l'opérateur. L'élasticité de l'hymen dépend de la structure et aussi de l'âge de la personne examinée. Cette élasticité est parfois si grande qu'on a pu rapporter des cas où la membrane était encore intacte après des coïts répétés (Roze, chez cinq prostituées).

Reste maintenant l'examen des différentes parties de la collerette hyménéale. Nous nous sommes suffisamment étendus sur les *particularités* qu'on pouvait y rencontrer au chapitre précédent pour n'avoir pas à y revenir ici. Il nous suffira de dire que les trois régions que nous avons distinguées : 1° *portion urétrale*; 2° *portion vestibulaire* ; 3° *portions verticales latérales*, devront être examinées chacune très attentivement. Un moyen, pour bien mettre en évidence la por-

tion vestibulaire, est d'appuyer avec l'index sur la région de la fourchette. On pourra aussi avoir intérêt à exercer des tractions antérieures sur les petites lèvres pour étudier plus facilement les parties latérales.

Nous rappellerons que, pour la description des particularités, l'emploi du *cadran hyménéal*, depuis longtemps proposé par le Professeur ETIENNE-MARTIN rendra de grands services.

En suivant d'une manière stricte la méthode indiquée, on aura beaucoup de chances de ne rien oublier. Et l'on aura procédé à un examen qui s'accorde avec l'anatomie et la physiologie même de l'hymen : il a été vu, en effet, successivement plissé, déplié, au repos et tendu.

Le professeur ETIENNE-MARTIN a résumé de la manière suivante les différentes recherches à pratiquer pour l'examen de l'hymen :

1° POSITION : Eversée.

Droite.

Renversée.

2° FORME : Annulaire.

En croissant.

Labiée.

3° HAUTEUR : Petite.

Moyenne.

Grande.

4° CONSISTANCE : Pelliculaire.

Membraneuse.

Charnue.

5° OUVERTURE : Petite.

Moyenne.

Grande.

*Dilatable* légèrement ou largement.

6° PARTICULARITÉS :

a) *Partie urétrale* : Nulle.

Membraneuse.

Languette.

b) *Parties latérales* : Régulières.

Recouvertes.

Frangées.

c) *Partie vestibulaire* : Avec pilier.

Haute sans pilier.

Languette.

Festonnée.

7° ANOMALIES : Hymen imperforé.

Hymen à double ou triple perforation.

Hymen corolliforme.

Absence de l'hymen.

---

## CHAPITRE VI

---

### **Les lésions de la défloration**

---

Maintenant que nous avons défini la forme habituelle de l'hymen, ses particularités, les anomalies que l'on pouvait rencontrer ; il nous reste à parler de ce qui fait en somme tout l'intérêt d'un examen médico-légal bien conduit de l'hymen, c'est-à-dire de la question de la défloration.

Pour le médecin légiste, l'hymen défloré est celui qui présente des lésions traumatiques. Ces lésions créent de nouvelles particularités qu'il va falloir distinguer des particularités congénitales. L'origine des lésions peut être ou physiologique, ou accidentelle.

D'origine physiologique, la défloration est le résultat d'un coït, c'est là le point qui nous retiendra. Nous laisserons de côté les lésions produites par l'accouchement, d'ordre destructif en général, elles sont en dehors de notre sujet. Nous ne parlerons pas non plus des cas exceptionnels où, d'après certains, le flux menstruel aurait pu créer par son abondance des lésions hyménéales.

En ce qui concerne le traumatisme accidentel, certaines causes ont été incriminées, comme la danse, les courses à cheval, l'écartement subit des cuisses, qui toutes ne sont pas prouvées ; même rares les observations que l'on a pu en rapporter paraissent douteuses. Mais la défloration accidentelle peut résulter de la simple intromision d'un doigt, ou d'attentats à la pudeur, ou d'examens gynécologiques pratiquées sans précautions chez des vierges. La rupture hyménéale se fait alors de dehors en dedans. Le mécanisme est inverse lorsque la déchirure a lieu, comme dans quelques cas très rares, à la suite d'une chute sur le bassin ou d'un empalement (Observations de NINA RODRIGUES) : c'est par propulsion brusque de l'utérus, à la manière d'un corps de pompe dans le conduit vaginal, que se fait, selon Pozzi, la rupture hyménéale. Dans la défloration accidentelle, si l'examen de l'hymen montre des lésions traumatiques, il faut bien dire que cet examen ne permet pas à lui seul d'en établir l'origine accidentelle.

En pratique, les causes les plus fréquentes, au point de vue médico-légal, de la rupture de l'hymen sont : l'attentat à la pudeur qui a consisté en attouchements à l'aide du doigt, le viol ou la tentative de viol. L'onanisme ne produit pas chez les filles de lésions hyménéales et les enquêtes poursuivies dans les cas de nymphomanie ont montré l'intégrité de l'hymen (Prof. ETIENNE-MARTIN). Quand les attouchements sont le fait d'une autre personne, la trace d'un coup d'ongle sur l'hymen fournit l'élément d'une inculpation d'attentat à la pudeur.

Nous ne voulons pas entrer dans les discussions

qu'ont entraînées les questions du viol et de la tentative de viol. TARDIEU, BROUARDEL et THOINOT ont défini le viol d'une manière différente de celle de TOURDES. Pour les premiers, l'intromission complète est nécessaire ; pour le dernier, le commencement d'introduction avec effort suffit. Notre Maître, le Professeur ETIENNE-MARTIN, a bien montré la nécessité qu'il y a pour l'expert de s'en tenir aux seules constatations scientifiques et objectives : « le médecin ne peut par ses simples lumières établir la tentative de viol, c'est une définition que nous n'avons pas à créer, une situation juridique que le magistrat seul peut nettement stipuler et qualifier. *Pour le médecin il y a rupture de l'hymen ou non* ».

Chez les petites filles de moins de treize ans, qui ne sont pas encore pubères, la preuve de la défloration est facile à faire. Non seulement la déchirure de l'hymen est toujours complète, mais encore il existe des lésions des organes génitaux externes (fourchette, fosse naviculaire). Au-dessous de onze ans, les blessures produites par l'intromission de la verge sont d'une gravité telle (ruptures du périnée, de la cloison recto-vaginale, des culs-de-sac du vagin), qu'elles ont pu parfois entraîner la mort.

Chez l'adulte, le coït déchire l'hymen en formant des lambeaux. La rupture hyménéale récente est d'un diagnostic aisé : rouge, saignante, ses bords sont inégaux et tuméfiés. Les lambeaux se cicatrisent ensuite sur place, chacun pour son compte. La cicatrisation est terminée en trois ou quatre jours en général, et au huitième la muqueuse est reconstituée. L'affrontement

des bords déchirés avec formation d'une ligne cicatricielle blanche n'existe jamais.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur le siège et le mécanisme des déchirures. D'après TARDIEU, les hymens labiés se déchireraient uniquement en bas ; TOURDES prétend au contraire que ces mêmes hymens se fendent en quatre. FRANCISCO FLORÈS a essayé d'expliquer la situation des encoches traumatiques au moyen de principes de mécanique. Il vaut mieux, semble-t-il, comme l'ont fait NINA RODRIGUES et HOFFMANN, chercher les raisons qui font varier le siège des déchirures dans la structure même de l'hymen. Ces déchirures siègent, nous l'avons dit, au niveau de la région vestibulaire de la collerette hyménéale. Si la colonne postérieure du vagin se prolonge unique jusque dans la portion vestibulaire et médiane de l'hymen, les ruptures se feront de chaque côté de cet épaississement. Si, au contraire, la colonne postérieure se dédouble en deux piliers, c'est entre ces deux régions plus résistantes sur la ligne médiane que se produira la déchirure.

Ainsi l'hymen défloré forme des lambeaux plus ou moins marqués et le point délicat, lorsque le coït est déjà ancien, va être de distinguer ces lambeaux traumatiques des particularités congénitales de la collerette qui peuvent les simuler. Cette distinction est basée sur un ensemble de caractères particuliers à chaque formation. Nous avons déjà, au cours de notre travail signalé quelques uns de ces caractères ; nous les résumerons ainsi : les encoches congénitales sont le plus souvent symétriques avec un siège d'élection qui,

d'après HOFFMANN, serait à la réunion des deux tiers inférieurs avec le tiers supérieur de la collerette ; elles ne s'étendent jamais jusqu'à la base et les bords des lobes formés sont arrondis. Les lambeaux traumatiques sont au contraire multiples et anguleux. Enfin, pour pouvoir affirmer d'une manière absolue la nature traumatique d'une encoche, il faut qu'elle s'étende jusqu'à la paroi vaginale. Dans les cas d'hymens en pont la rupture se fait à une extrémité de la bride hyméno-hyménéale qui sépare les deux orifices et, quand la cicatrisation est complète, s'il n'existe pas d'autres lésions, l'interprétation est difficile car il peut s'agir d'un hymen à languette.

Dans les *cas d'hymens anormaux*, le diagnostic de défloraison est souvent impossible.

BROUARDEL a signalé toute l'importance médico-légale de l'hymen dilatable : « Ce n'est pas chose rare, d'après lui, de trouver un orifice hyménéal laissant passer un corps du volume de la verge en érection sans être lésé ». Nous avons déjà dit ce qu'il fallait penser de la fréquence de ces sortes d'hymens ; il n'en est pas moins vrai que leur rencontre, si exceptionnelle qu'elle soit, est la cause de grandes difficultés pour l'expert. Le coït et même la fécondation sont possibles avec un hymen membraneux, soit par grande dilatabilité de l'orifice lorsqu'il peut permettre le passage de la verge, soit par refoulement de la membrane. Nombreux sont les auteurs qui ont signalé des cas de grossesse avec persistance de l'hymen (Observations de GODEFROY, DEMANGE, GUÉNIOT, HAUGH). La persistance de la membrane virgineale par grande dilatabilité ou peti-

tesse extrême de l'orifice est due surtout à la structure même de l'hymen qui est fibreux, fibro-élastique, ou fibro-cartilagineux. Ainsi, un hymen intact n'est pas toujours celui d'une vierge et l'on comprend l'impossibilité de poser un diagnostic médico-légal précis dans des cas de ce genre. Tout au plus l'expert pourra-t-il dire, en l'absence de lésions, que le coït a été possible si l'orifice hyménéal est dilatable par l'introduction d'un ou deux doigts ou bien encore si la membrane peut être facilement refoulée sans se rompre.

Pour les hymens corolliformes et multilobés qui s'en rapprochent, la difficulté est encore très grande. Le coït est possible, l'hymen restant intact, ou présentant des lésions minimales que seule une grande expérience de ces sortes d'examen permettra de mettre en évidence. Là encore, dans les cas douteux, les conclusions de l'examen devront être d'une très grande réserve.

*En résumé :* En présence d'anomalies l'expert ne peut que très rarement conclure, mais elles sont peu fréquentes. Avec les formes d'hymen habituelles, le diagnostic de défloration, facile avant la nubilité et dans le cas de coït récent, est plus délicat à établir lorsque les rapports sexuels sont anciens. On peut donc dire que l'hymen est le seul témoin de la défloration, mais qu'il n'est pas toujours facile de l'interroger et d'interpréter ses réponses.

---

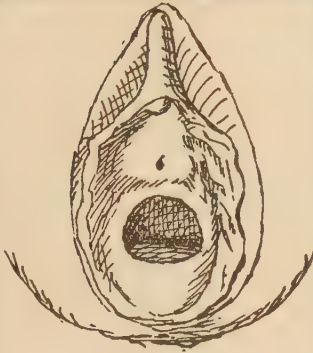


fig. 1



fig. 2

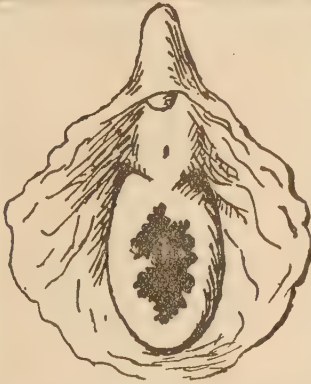


fig. 3

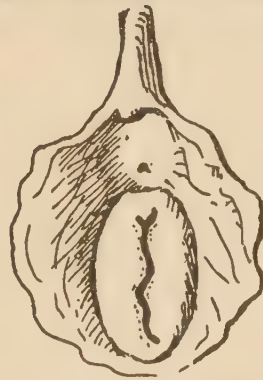


fig. 4

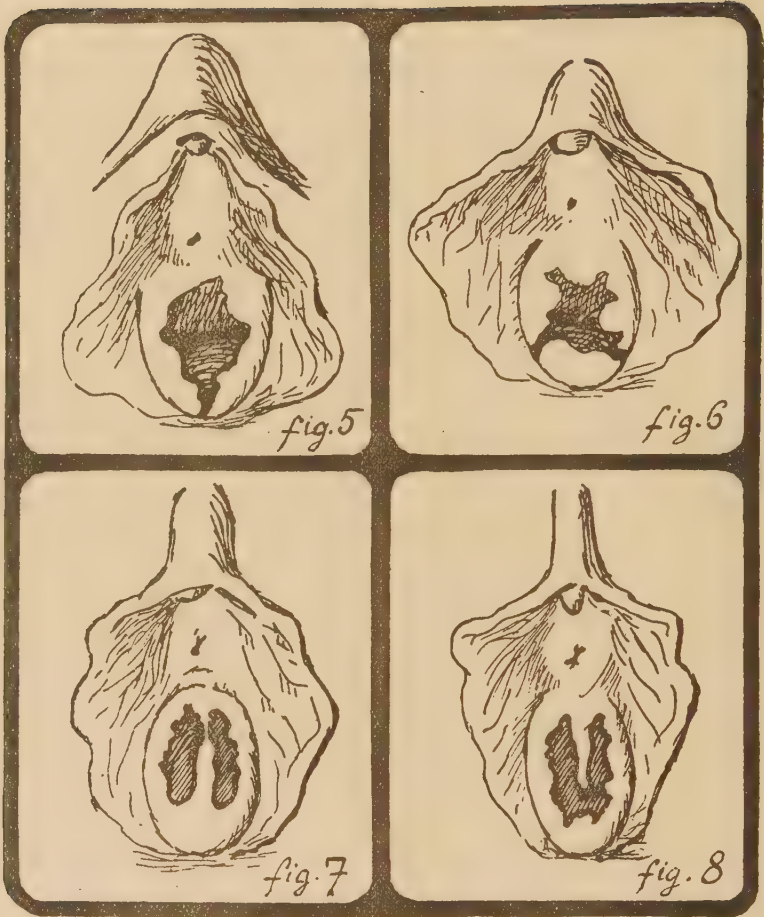
P.C.

Fig. 1. — HYMEN ANNULAIRE (chez une enfant de 10 ans) : on voit très nettement les trois régions que nous avons distinguées à l'hymen : région urétrale, régions verticales, région vestibulaire.

Fig. 2. — HYMEN EN CROISSANT : région urétrale nulle, latérales peu marquées, vestibulaire grande.

Fig. 3. — HYMEN FRANGÉ : franges latérales et symétriques.

Fig. 4. — HYMEN LABIÉ : l'hymen a été tendu et l'orifice hyménéal demeure une fissure verticale sinueuse.



P.C.

Fig. 5. — HYMEN EN COLLERETTE : défloration ; déchirure unique par éclatement médian de la portion vestibulaire.

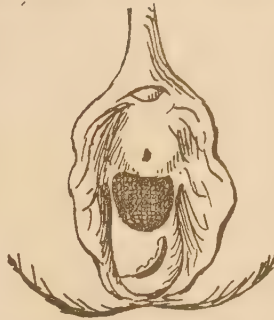
Fig. 6. — HYMEN DÉFLORÉ : formant les quatre caroncules classiques. Deux éclatements latéraux de la portion vestibulaire dans laquelle la colonne postérieure se prolonge unique.

Fig. 7. — HYMEN BIFENÊTRÉ (Hymen en pont).

Fig. 8. — HYMEN A LANGUETTE SUPÉRIEURE.



*fig. 9*



*fig. 10*



*fig. 11*



*fig. 12*

P.C.

Fig. 9. — HYMEN COROLLIFORME : les lobes sont étalés pour être bien visibles, normalement ils sont repliés les uns sur les autres.

Fig. 10. — HYMEN EN CROISSANT : avec lésion en coup d'ongle (attentat à la pudeur chez une petite fille).

Fig. 11. — HYMEN MÉMBRANEUX UNIPERFORÉ.

Fig. 12. — HYMEN MÉMBRANEUX BIPERFORÉ.



## CONCLUSIONS

---

I. — Avec un examen bien conduit, l'expérience montre qu'il existe une forme de l'hymen le plus souvent rencontrée, habituelle : c'est la *forme annulaire* (en croissant lorsque la portion urétrale n'existe pas).

II. — L'hymen est un organe ectodermique et, comme tel, il est sujet à des variations de détail dans sa forme. Ces variations constituent les *particularités* de chaque hymen.

III. — Ces particularités ne sont pas des anomalies. Les véritables hymens anormaux, que l'on peut appeler monstrueux, sont des raretés.

IV. — Les particularités d'un hymen peuvent être soit congénitales, soit acquises et d'origine traumatique. Le traumatisme est tantôt physiologique (rapports sexuels, accouchements), tantôt accidentel.

V. — Les particularités individualisent un hymen comme elles individualisent une oreille, un nez, une bouche, l'extrémité palmaire des doigts, tous organes d'origine ectodermique : on peut dire que *chaque fem-*

*me a une forme d'hymen qui lui est propre et ne ressemble à aucune autre, comme elle a une forme d'oreille, de nez, de bouche et des empreintes digitales qui l'identifient.*

**VI.** — Pour pouvoir comparer les résultats des observations de l'hymen, il est nécessaire de l'examiner dans tous les cas d'une manière méthodique et qui soit toujours la même.

**VII.** — Seul témoin de la défloration et témoin rarement défaillant, l'hymen est souvent délicat à interroger.

**Vu :**  
**LE DOYEN,**  
**JEAN LÉPINE.**

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,**  
**ETIENNE-MARTIN**

*Vu et permis d'imprimer :*

*Lyon le 16 Novembre 1925*

Pour le Recteur et par délégation :  
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,  
**L. JOSSERAND.**



## BIBLIOGRAPHIE

---

BALTHAZARD. — Précis de Médecin légale, Baillière, Paris, 1906.

BERNARD. — Des attentats à la pudeur sur les petites filles (*Thèse du Laboratoire de Méd. lég. de la Fac. de Lyon*, 1886).

BRAXTON-HICKS. — Notes of cases in obstetric jurisprudence (*The Lancet*, 8 août 1885).

BROUARDEL. — Membrane hymen ; son examen, ses différentes formes (*Gazette des Hôpitaux*, 13 sept. 1887).

BUDIN. — Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal (*Progress Médical*, 30 août 1879 ; *Obstétrique et Gynécologie*, 1886).

— Description d'un cas dans lequel l'accouchement n'a déterminé, chez une primipare, que de légères fissures de l'orifice hyménéal (*Journal des Conn. Méd. pratiques*, Paris, 1887, p. 394).

CASPER. — Traité pratique de médecine légale, Germer Baillière, Paris, 1862.

CHARPENTIER. — Persistance de l'hymen chez les femmes enceintes et en travail, comme cause de dystocie (*Nouvelles Archives d'Obs. et de Gynéc.*, janv. 1886).

DALLA VOLTA. — Au sujet d'une particularité de développement de l'hymen (*Archives Italiennes d'Antrop. criminelle*, 1923, p. 340).

— Contribution à la morphologie de l'hymen (*Deutsche Zeitschr. f. ges. Gericht. Méd.*, 1923).

— Les lois de la variation de l'hymen (*Arch. per l'Anthropologia*, 1921).

DELENS. — Quelques vices de conformation de l'hymen dans leurs rapports avec la Médecine légale (*Ann. d'Hyg. et de Méd. lég.*, 2<sup>e</sup> série, 1877, p. 493).

DEMANGE. — De l'hymen biperforé, sa valeur médico-légale, sa persistance pendant la grossesse et l'accouchement (*Ann. d'Hyg. et de Méd. lég.*, 1887, p. 275).

DEVERGIE. — Médecine légale théorique et pratique, Germer Baillière, Paris, 1840.

DEVILLIERS. — Ueber die Entwicklung des hymens (*Schriften zur Beförderung*, Marburg, 1875).

ETIENNE-MARTIN. — La technique de l'examen de l'hymen dans les expertises médico-légales (*Annales de Méd. lég.*, 1924, p. 433).

— Le problème médico-légal de la virginité (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 novembre 1925).

FACONTI. — Imene integro et verginità (*Tribuna Med.*, Milano, 1900, p. 33).

FERRIOL. — Contribution à l'étude clinique de l'imperforation de l'hymen (*Thèse de Toulouse*, 1908-1909).

GAYA (DE). — Cérémonies nuptiales de toutes les nations, 1860.

GOODING. — Un cas d'imperforation du vagin chez une jeune mariée (copulation et menstruation s'effectuent par l'urètre). (*The Lancet*, 22 mars 1879).

GURRIERI. — Article « Imene » (Medicina legale) in *Encyclopedia Medica Italiana*.

HAUGH. — A case of pregnancy and birth in a patient with hymen membraniforme persistans (*Acta Gynecol. Scand.*, Helsingfors, 1923, p. 72).

HOFFMANN. — Nouveaux éléments de médecine légale (*Tratado*, par Em. Levy, P. Baillière, 1881).

IMBERT. — Développement de l'utérus et du vagin (*Thèse d'agrégation* de 1883).

JAYLE. — La Gynécologie, Article « Hymen », Paris, Masson, 1918.

JOB. — L'hymen et ses rapports avec l'accouchement (*Thèse de Nancy*, 1857-1898).

KANONY. — Fréquence de la persistance de l'hymen et Médecine légale (*Thèse de Montpellier*, 1898-1899).

- KEIFFER. — Contribution à l'étude de l'embryologie de l'hymen (*Bull. Soc. Belge de Gynec. et d'Obst.*, Bruxelles, 1894, p. 3).
- KÖLLIKER. — Embryologie de l'homme, 1882.
- LACASSAGNE et ETIENNE-MARTIN. — Précis de Médecine légale, Masson, Paris, 1921.
- LEGLUDIC. — Notes et observations de médecine légale : Attentats aux mœurs, Paris, 1896.
- LÖFQWIST. — Ausgebildefer Hymen bei Defect der Vagina (*Mitt. der Gyn.*, Klin, 1903).
- LUTAUD. — Etude médico-légale sur la membrane hymen (*Rev. Obst. et Gynéc.*, Paris 1893, p. 279).
- MACRIS. — Virginité et viol, texte en grec, *Thèse d'Athènes*, 1911 (N° 136.091 du Fonds Lacassagne).
- Sur la fréquence des hymens dilatables (*Archives d'Antrop. Criminelle*, Lyon-Paris, 1914).
- MASCHKA. — Trattato di Medicina Legale, Napoli, 1891.
- NEUGEBAUER. — Lésions traumatiques « sub coïtu » des organes sexuels de la femme (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie*, t. IX).
- NINA RODRIGUES. — Des formes de l'hymen et de leur rôle dans la rupture de cette membrane (*Ann. d'Hyg.*, Paris, 1900, p. 481).
- ORFILA. — Traité de médecine légale, 4<sup>e</sup> édit., Paris, 1848, t. I, p. 135.
- PARISOT et LUCIEN. — Etude médico-légale des formes rares et anormales de l'hymen (*Annales de Médecine légale*, mai 1924, p. 126).
- PEILLON. — Etude historique sur les organes génitaux de la femme (*Thèse de Paris*, 1891).
- PION. — Imperforation de l'hymen (*Thèse de Paris*, 1897-1898).
- POZZI. — De la bride masculine du vestibule et de l'origine de l'hymen (*Bull. Soc. Biol.*, 1884).
- Présentation d'un pseudo-hermaphrodite (*C.R. Soc. Biol.*, 1884).
- PUECH. — De l'imperforation de l'hymen (*Annales de Gynécologie*, 1874).

- RETTERER. — Développement de l'urèthre, du vagin et de l'hymen (*Revue de Gynécologie*, 1907).
- RICHARD. — Histoire de la génération chez l'homme et chez la femme, Paris 1875.
- ROUX. — Etude de la persistance de l'hymen après l'accouchement (*Thèse de Paris*, 1896).
- ROZE. — De l'hymen (*Thèse de Strasbourg*, 1865).
- TARDIEU. — Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs, 7<sup>e</sup> édit., Paris, 1878.
- TAYLOR. — Traité de Médecine légale ; *Traduct. sur la 10<sup>e</sup> édition anglaise, par H. Coutagne*, Germer Baillière, Paris, 1881.
- THOINOT. — Attentats aux mœurs, 1898.  
— Précis de Médecine légale, Paris, 1913.
- TOULMOUCHE. — Des attentats à la pudeur et du viol (*Annales d'Hyg. et de Méd. Lég.*, 1856, p. 109).
- TOURDES et METZQUER. — Traité de médecine légale, Asselin et Houzeau, Paris, 1896).
- TOURDES. — Article « Viol » du *Dictionnaire Encyclopédique*.
- TOURNEUX et WERTHEIMER. — Sur le développement de la région vestibulaire (*C. R. de la Soc. de Biol.*, 1884).
- VIBERT. — Précis de médecine légale, Baillière, 1903.
- WATTS. — Un cas de rétention des règles par suite de l'imperforation de l'hymen (*Bull. de la Soc. d'Obst. de New-York*, 3 juin 1884).
- WERTHEIMER. — Recherches sur le développement des organes génitaux externes de la femme (*Journal de l'Anatomie*, 1884).
- ZINO. — *Compendio di Medicina Legale et Jurisprudenzia Medica*, Milano, 1890.
-

## SERMENT

---

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

*(En souvenir d'une vieille coutume en honneur à la Faculté de Médecine de Montpellier, devant laquelle nous avons passé notre premier examen de doctorat.)*

---

## TABLE DES MATIERES

---

|                                                                                |              |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Introduction .....                                                             | 9            |
| Chapitre Premier.— Historique .....                                            | 13           |
| Chapitre II.— Embryogénie de l'hymen.....                                      | 21           |
| Chapitre III.— Considérations anatomiques gé-<br>nérales sur l'hymen .....     | 25           |
| Chapitre IV.— La question de la forme et des<br>particularités de l'hymen..... | 29           |
| A.— Forme habituelle de l'hymen .....                                          | 30           |
| B.— Particularités qui individualisent l'hymen.                                | 32           |
| C.— Anomalies .....                                                            | 36           |
| D.— Formes de transition.....                                                  | 37           |
| Chapitre V.— La technique de l'examen de l'hymen                               | 39           |
| Chapitre VI.— Les lésions de la défloration.....                               | 45           |
| Figures (de 1 à 12).....                                                       | 51, 52 et 53 |
| Conclusions.....                                                               | 55           |
| Bibliographie .....                                                            | 58           |

---





